

سلامت، بیماری، مراقبت

نویسنده: پتر اورتون^۱

ترجمه: پیمان پرویزراد

مقدمه

قبل از پرداختن به واقعیت‌ها و آمار سیستم‌های بهداشتی، آنچه که اهمیت دارد، دانستن برخی حقایق کلی و بنیادی است. این حقایق در حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل بیماری و ارائه‌ی خدمت، کاربرد دارند. دستیابی به سلامت و حفظ آن، باید هدف (اصلی) ما باشد و مراقبت بهداشتی به عنوان یک حق بشری پذیرفته شود. لیکن در این زمینه مسایلی وجود دارد. سلامت، سرابی است آرمانی و محدودیت‌هایی درباره‌ی نوع و مقدار مراقبتی که می‌تواند ارائه شود، وجود دارد.

بعلاوه تعریف و اندازه‌گیری سلامت، عدم سلامت، بیماری و حتی علل مرگ مشکل است. با این وجود، تلاش برای تعیین خطوط اصلی تصمیم‌گیری پیرامون اولویت‌های اقدام، ارزیابی پیشرفت و تعیین نقص‌ها، اهمیت به‌سزایی دارد.

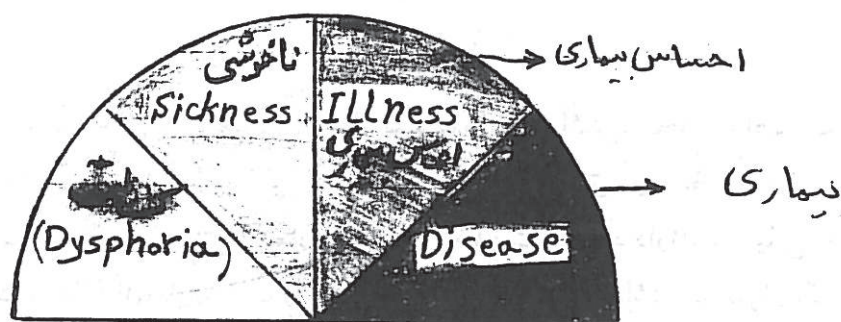
سلامت و عدم سلامت چیست؟

«سلامت» سرابی زودگذر است! تعریف سازمان جهانی بهداشت (از سلامت) به عنوان «حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری»، هدفی آرمانی (مطلوب ولی دست نیافتی) است که در طولانی مدت، افراد کمی این حالت (سلامت) را دارا می‌شوند. همچنین اندازه‌گیری و ارزیابی (سلامت)

1- Peter Orton

نیز دشوار است.

تعیین «عدم سلامت» نیز مشکل است، اما ثبت آن آسان‌تر می‌نماید. عدم سلامت شامل طیف وسیع ناخوشی تا مرگ می‌گردد (نمای ۱-۱).



نمای ۱-۱ طیف بیماری‌ها

کسالت (Dysphoria) - (متضاد سرحال بودن) عبارت است از احساس ناراحتی و کسالت مشخص و درونی. این حالت باید در طیف (بیماری) گنجانده شود.

ناخوشی (Sickness) - علایمی کوتاه مدت که معمولاً توسط فرد قابل کنترل است.

احساس بیماری (Illness) - حالتی است که در آن به پزشک مراجعه می‌شود.

بیماری (Disease) - هنگامی است که پزشک «برچسب آسیب‌شناسی» (به آن) می‌زند. برچسبی که صحت آن، متغیر است.

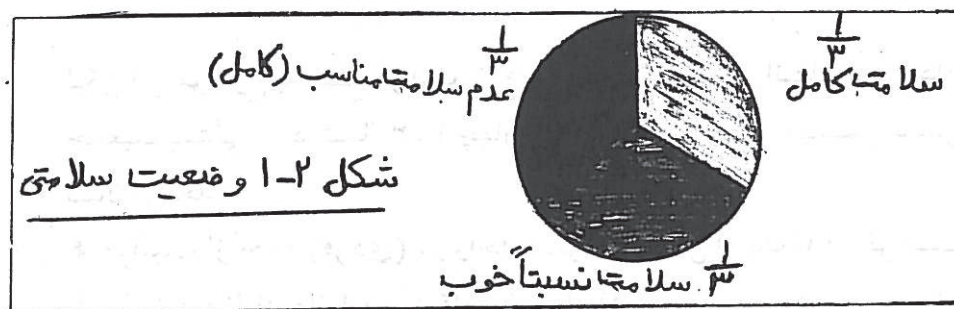
ناتوانی (Disability) - وقتی که بیمار از نظر عملکرد، قادر به انجام وظایف عادی نیست.

مرگ (Death) - که نیاز به گواهی (جواز) (فوت) دارد.

چقدر سالم هستیم؟

حالت یا میزان سلامت فرد را می‌توان در هر زمان توسط گفتگو و پرسش‌نامه تعیین نمود.

نمای کلی این است که $\frac{1}{3}$ مردم، خود را در «سلامت کامل»، $\frac{1}{3}$ در «سلامت نسبی» و $\frac{1}{3}$ در «عدم سلامت کامل (مناسب)» می‌دانند.



کهن^۱ و «وایت»^۲، (۱۹۷۶) در یک بررسی بین‌المللی دریافتند که در هر زمان، $\frac{1}{3}$

1- konh

2- White

جمعیت داروهای تجویز شده و ^۱ داروهای بدون نسخه مصرف می‌کردند.^۱ (۱۹۹۳) میزان مصرف داروهای بدون نسخه را مشخص می‌نماید.

● تقریباً تمام افراد بالغ در هر سال از علایمی نظیر سردرد، سرفه و سرماخوردگی، درد، ناراحتی روده‌ای - معدوی، حوادث و ناراحتی، رنج می‌برند.

● در هر سال معادل هشتاد درصد مردم (۲ - ۱۹۹۱)، با پزشک خانواده مشورت می‌کنند، که میزان آن سه مشاوره برای هر نفر در سال می‌رسد.

● در انگلستان، در هر سال ۱۴٪ مردم در بیمارستان‌های طب ملی (NHS) پذیرفته می‌شوند، که (۱۸٪) آنها به پزشک متخصص بخش سرپایی ارجاع و (۲۳٪) به بخش «اورژانس و حوادث» مراجعه می‌کنند.

بیماری‌های شایع:

«بیماری‌های شایع، اغلب رخ می‌دهند: بیماری‌های کمیاب، به ندرت اتفاق می‌افتند!»

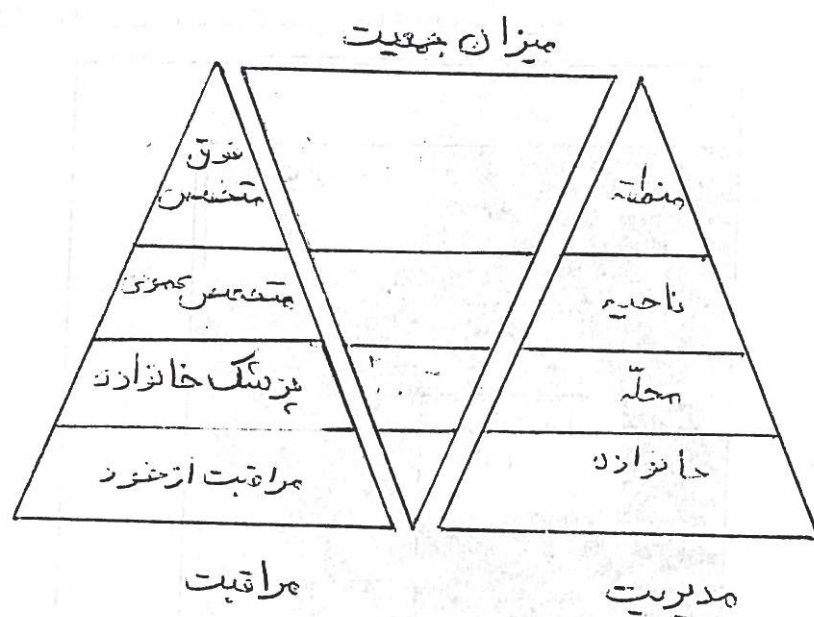
لیکن این موضوع به سطح مراقبت، نوع بیماری‌ها و ارتباط آنها با پایه‌های جمعیت بستگی دارد. شکل ۳ - ۱ چهار سطح مراقبت را در هر سیستم بهداشتی نشان می‌دهد.

- مراقبت از خود (فردی) در واحد خانواده متشکل از یک تا ده نفر است. متوسط تعداد افراد خانواده در انگلستان چهار (دو نفر والدین و دو بچه) است.
- مراقبت اولیه بهداشتی حرفه‌ای (اولین تماس) با (نسبت) یک پزشک به دو هزار نفر. در انگلستان است، ارایه‌ی خدمت در این سطح برعهده‌ی پزشکی

عمومی (G P) است.

● مراقبت تخصصی (عمومی) ثانوی سطح دوم در بیمارستان‌های عمومی ناحیه (DGH) انجام می‌شود که حدود دویست و پنجاه (۲۵۰) هزار نفر را پوشش می‌دهد.

● مراقبت (فوق) تخصصی (سطح سوم)، که در مراکز منطقه‌ای یا ملی و برای یک تا پنج میلیون نفر، ارایه می‌شود.



شکل ۳-۱ سطوح مراقبت

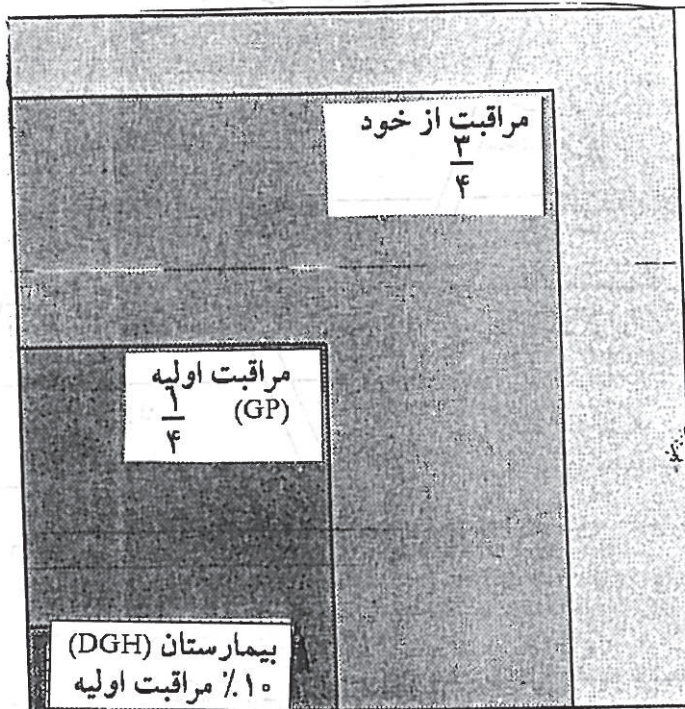
بنابراین پزشکان خانواده، اختلال‌های جزئی مهم و مزمن، متخصصان بیمارستان‌های عمومی ناحیه (DGH)، موارد ارجاعی پزشکان سطح اول و فوق متخصص‌ها، موارد شدید نیازمند مهارت و فن‌آوری بالاتر تحت نظر دارند. هر سطح

مراقبت، به منابع، مهارت، آموزش و مهارت (خاص) خود نیاز دارد و همه (ی سطوح) باید جهت کسب بهترین نتایج، همکاری و توافق نزدیکی با هم داشته باشند.

مردم چه می کنند؟

اکثر علایم و ناخوشی ها (sickness)، توسط خود فرد کنترل می شوند^۱ (شکل ۱-۴).

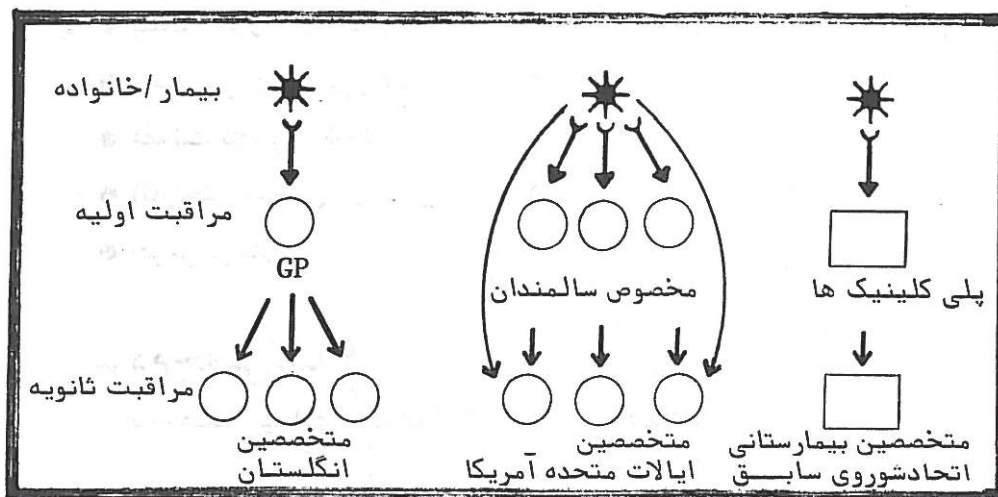
در این موارد فقط (۲۵٪) به پزشک سطح اول مراجعه می کنند که از میان آنها، فقط (۱۰٪ - ۵٪) به متخصص ارجاع داده می شوند.



شکل ۱-۴ گستردگی مراقبت (نسبت جمعیت در مراقبت فردی، پزشک عمومی و خدمات بیمارستانی در یک سال)

جریان مراقبت بستگی به سیستم دارد:

- در انگلستان، هلند، دانمارک، کانادا و استرالیا، جریان به صورت یک ورودی واحد است و (دسترسی به متخصص فقط از طریق پزشک عمومی) مقدور است.
- در ایالات متحده، فرانسه، آلمان، ژاپن و سایر کشورها، امکان دسترسی مستقیم (بیماران) به هر پزشکی - اعم از متخصص یا عمومی - وجود دارد.
- در سوئد، فنلاند و شوروی سابق، اولین تماس (مراجعه) با HMOS (سازمان‌های درمانی، بیمارستان)



شکل ۵-۱ جریان مراقبت

میزان سلامت؟ از افرادی درباره‌ی «وضعیت سلامت» شان، به طور تصادفی پرسش شد. پاسخ‌ها تقریبی یا فرضی است، لیکن در مورد افراد بالغ این میزان به درجاتی تبدیل شده‌اند:

- سلامت (خوب، غیربیمار) ۶۵٪
- ناخوش، بیمار ۱۵٪
- بیماری مزمن و طولانی مدت ۱۰٪
- ناتوان ۱۰٪

مشکلات شایع از چه قبیل اند؟

در سطح مراقبت فردی (مراقبت از خود)، طبقه‌بندی افراد ناسالم باید بیشتر براساس علایم انجام شود تا برچسب‌های بیماری معین. در این زمینه اکثر اطلاعات، از طریق گزارش‌های روزانه و گفتگو به دست می‌آید. شایع‌ترین مشکلات بالغین (برخی با بیش از یک علامت) در طول یک سال، عبارت است از:

- سردرد ۸۰٪
- پشت درد و «روماتیسم» ۶۰٪
- «خستگی» و عصبی بودن ۶۵٪
- عفونت تنفسی ۷۵٪
- (ناراحتی) معده - روده‌ای ۵۰٪
- جوش پوستی ۴۰٪

مردم چه می‌کنند؟

افراد به هنگام بیماری، چه اقداماتی انجام می‌دهند؟

هیچ کاری (به امید برطرف شدن علایم)	۱۵٪
خوددرمانی	۶۰٪
مشاوره با پزشک	۲۵٪

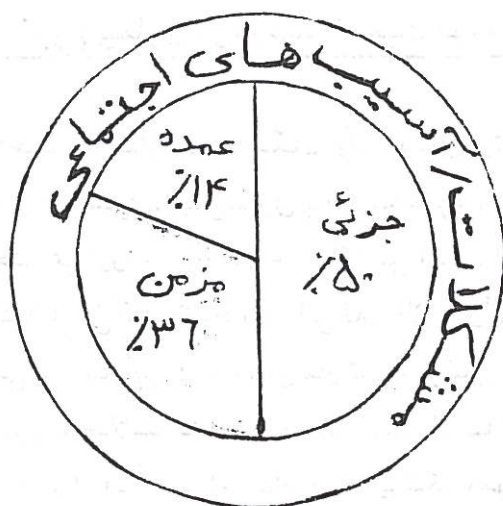
جدول ۱ - ۱ اقدام به هنگام بیماری

نخستین مراقبت:

مراقبت نخستین، سطح اولین تماس حرفه‌ای است. این مراقبت شامل مشاوره با پزشک، پرستار یا فرد حرفه‌ای به رسمیت شناخته شده‌ی دیگری است. مشاوره

وقتی انجام می شود که فرد یا خانواده حس کنند چنین کمکی لازم است. همان طور که اشاره کردیم، این امر (مشاوره) در مواردی حدود $(\frac{1}{4})$ موارد علامت دار رخ می دهد.

شدت (موارد) ابتلا که با درجات بیماری بیان می شود، شامل: اختلال های جزئی خاص، موارد مزمن و بیماری های مهم تهدید کننده ی زندگی (شکل ۶ - ۱) است. مشکلات اجتماعی شاید در $\frac{1}{3}$ موارد مؤثر باشند. مقدار ابتلا در سطح تماس اولیه نسبت به سطح مراقبت فردی، شدیدتر و بیشتر و از نظر تشخیص، بیماری محور به شماره آید. لیکن هنوز $(\frac{1}{15})$ جمعیت مورد مشاوره، دارای علایمی بدون برچسب تشخیصی معین، هستند. این امر به سبب آن است که این علایم، به طور طبیعی و به سرعت برطرف می گردند.



شکل ۶ - ۱ درجه ی ابتلا در بیماران مراجعه کننده

شایع‌ترین گروه‌های بیماری در سطح مراقبت اولیه در جدول ۲ - ۱ نشان داده شده است.

عفونت‌های تنفسی	٪۳۱
اختلال‌های عصبی	٪۱۷
عضلانی - اسکلتی	٪۱۵
عفونی و انگلی	٪۱۴
ناراحتی‌های پوستی	٪۱۴
ادراری - تناسلی	٪۱۱
قلبی - عروقی	٪۹
معدوی - روده‌ای	٪۹
روانی	٪۷

شکل ۲ - ۱ شیوع بیماری در درصد جمعیت مورد مشاهده

باید خاطرنشان ساخت که مسئولیت پزشکان اولیه برای ارتقای بهداشت، معاینه‌های دوره‌ای و غربالگری، ایمن‌سازی برای پیشگیری، تنظیم خانواده و خدمات مراقبت اجتماعی روز به روز در حال افزایش است. این موارد (۱) مراجعه‌ی مردم را تشکیل می‌دهد. تعداد بیمارانی که سالانه در گروه‌های متفاوت به یک پزشک عمومی بریتانیایی با (۲۰۰۰) بیمار تحت پوشش مراجعه می‌کنند. در جدول ۳ - ۱ بصورت خلاصه نشان داده شده است. ارجاع به متخصص (مراقبت ثانوی) در کمتر از (۱۰٪) تمام مشاوره‌های پزشک عمومی رخ می‌دهد.

تعداد افراد مورد مشاوره در ۲۰۰۰ بیمار در سال

جزئی:	
۵۰۰	عفونت‌های تنفسی
۱۵۰	روانی - عاطفی
۱۲۰	پشت درد
۶۰	اگزما - پسوریاسیس
مزمن:	
قلبی - عروقی (فشار خون بالا، بیماری	
۱۵۰	ایسکمیک قلب و غیره)
۱۰۰	تنفسی (آسم، برونشیت، آمفیزم و غیره)
۴۰	سیستم اعصاب مرکزی (سکته مغزی، صرع و غیره)
۱۵	انواع سرطان (بلندمدت)
عمده:	
۶۰	برونشیت حاد/ذات‌الریه
۱۰	افسردگی شدید (یک خودکشی در شش سال)
۸	انفارکتوس حاد میوکارد (چهار مرگ)
۸	سرطان‌های جدید
۶	(ناراحتی) شکم حاد
۶	سکته‌های مغزی حاد (سه مرگ)

جدول ۳-۱. ابتلای سالانه در مراقبت اولیه: تعداد افراد مورد مشاوره در ۲۰۰۰ بیمار در سال

تخصص‌ها مراقبت سطح دوم و سوم:

در سیستم طب ملی بریتانیا، نظام بستی ارجاع به متخصصان وجود دارد.

بیماران فقط به متخصصی می‌توانند مراجعه کنند که از طرف پزشک عمومی شان ارجاع داده شده است. در سایر سیستم‌های بهداشت ملی، نظام آزاد ارجاع فردی برقرار می‌باشد و بیماران می‌توانند با انتخاب مستقیم، به متخصصان مراجعه کنند.

درجه‌ی ابتدای بیمارانی که به متخصص‌ها مراجعه می‌کنند، مستقیماً به آن مواردی مربوط است که پزشکان عمومی به بخش سرپایی و پذیرش درمانگاه‌های سیستم طب ملی ارجاع می‌دهند.

بیمارستان عمومی ناحیه:

بیمارستان عمومی ناحیه (DGH) به عنوان اساس مراقبت سطح دوم محسوب می‌گردد. تعداد کارمندان استخدامی این بیمارستان‌ها به شرح زیر است:

● یک بیمارستان عمومی ناحیه برای (۲۵۰/۰۰۰) جمعیت	
● کارمندان استخدامی هر بیمارستان (DGH)	۴۲۵۰
● دانشجویان پزشکی در استخدام هر DGH	۲۳۰
● مشاوران (متخصصان) بیمارستان	۷۶
● فوق متخصصین (سطح سوم) مرتبط (همکار) با بیمارستان	۱۰

جدول ۴-۱ استخدام در بیمارستان عمومی ناحیه

تخصص‌ها (مشاوران) در هر بیمارستان عمومی ناحیه:

تعداد متخصصان در رشته‌های مختلف به قرار زیر می‌باشند:

پزشکی	(۳۱)
● روانپزشکی	۱۰
● عمومی	۸
● اطفال	۵
● سایر	۸

جراحی	(۳۴)
● بیهوشی	۱۲
● عمومی	۸
● زنان - زایمان	۵
● ارتوپدی	۴
● چشم	۳
● گوش و حلق و بینی	۲

تشخیصی
● رادیولوژی و آسیب شناسی
۱۱

پذیرش:

شایع ترین علل پذیرش به ترتیب عبارتند از:

جراحی
۱- زنان - سقط جنین، برداشتن رحم، ترمیم پرینه
۲- ترمیم فتق
۳- سرطان ها - سینه و معده - روده ای
۴- آب مروارید
۵- گلو و گوش
۶- شکستگی ها
۷- تعویض مفاصل

داخلی
۱- درد شکم
۲- آسم
۳- انفارکتوس میوکارد
۴- سکته‌ی مغزی
۵- سرطان‌ها - ریه و سایر
۶- عفونت‌های قفسه‌ی سینه
۷- ناراحتی‌های مفصل و پشت
۸- دیابت

ناتوانی‌ها:

مجله‌ی «بررسی عمومی خانوار»^۱ (۱۹۹۳)، در گزارشی (۱) جمعیت بریتانیا را دارای «بیماری یا ناتوانی درازمدت مزمن» اعلام می‌دارد (جدول ۵ - ۱) و در (۱۴٪)، این موارد «فعالیت را محدود می‌کنند». شیوع این موارد در طول زمان در حال افزایش است.

۱۹۹۳	۱۹۷۵	درصد جمعیت (درصد نفر)
۳۲	۲۴	بیماری / ناتوانی طولانی
۱۹	۱۵	محدودیت عملکرد

جدول ۵ - ۱ بیماری مزمن در جامعه (۱۹۷۵ - ۹۳)

همان طور که انتظار می‌رفت، شیوع بیماری‌های مزمن و محدودیت عملکرد، با

افزایش سن افزون‌تر می‌شود. این روند در طول بیست سال گذشته، بدون تغییر مانده است.

سن (%)	۰-۴	۵-۱۵	۱۶-۴۴	۴۵-۶۴	۶۵-۷۴	۷۵+	(متوسط) مجموع
بیماری مزمن طولانی	۱۳	۱۹	۲۳	۴۲	۵۹	۶۵	۳۲
محدودیت عملکرد	۴	۸	۱۱	۲۶	۳۸	۵۰	۱۹

جدول ۶-۱ بیماری مزمن در جامعه در ارتباط با سن (۱۹۹۳)

میزان قابل ذکر بیماری مزمن در کودکان، ($\frac{۱}{۵}$)، در افراد بالای ۴۵ سال $\frac{۱}{۲}$ و در پیران $\frac{۳}{۵}$ بوده است.

شیوع این بیماری‌ها در گروه‌های حرفه‌ای، (۲۹٪) و در گروه‌های کارگری غیرماهر، (۴۸٪) بوده است. همچنین شیوع بیماری‌های مزمن در زنان و در همه‌ی سنین بیش از مردان بوده است.

ناتوانی‌های شدید خاصی که به ازای (۲۰۰۰) بیمار پزشک عمومی، (۱۰/۰۰۰) نفر زیر پوشش مرکز بهداشت^۱ و (۲۵۰/۰۰۰) نفر تحت پوشش بیمارستان عمومی مورد انتظار است، در جدول ۷-۱ نشان داده شده است. این ارقام، نیازهای بلند مدت جامعه برای مراقبت از چنین افرادی را بیان می‌کند.

۱- Group practice (مرکز بهداشت): مرکزی که دارای چند پزشک عمومی می‌باشد

ناتوانی شدید خاص	در (۲۰۰۰) نفر	در (۱۰/۰۰۰) نفر	در (۲۵۰/۰۰۰) نفر
آرتريت	۷	۳۵	۸۶۰
قلبي - عروقي	۲	۷	۱۷۰
تنفسي	۱	۵	۱۱۵
سکته‌ی مغزی	۳	۱۳	۳۴۰
پارکینسون	کمتر از (۱)	۲	۵۰
بیماری M.S	کمتر از (۱)	۳	۸۰
سایر	۱۰	۶۳	۱۵۹۰
مجموع	۲۵	۱۲۸	۳۲۰۵

جدول ۷- ۱ ناتوانی‌های شدید خاص به ازای پزشک عمومی، مرکز بهداشت و بیمارستان عمومی ناحیه

تندرستی و بیماری:

به‌طوری که اشاره شد (شکل ۳-۱)، مراقبت در چهار سطح، قابل تعریف است:

- مراقبت از خود
- مراقبت اولیه
- مراقبت ثانویه (سطح دوم)
- مراقبت ثالثیه (سطح سوم)

هر یک از این سطوح، اجزای خاص خود را دارد و در شیوع ابتلا و میرایی بیماری، نقش ویژه‌ای را ایفا می‌کند.

درجه و شدت بیماری در هر سطح با سطحی دیگر متفاوت است: موردی که در سطح سوم (فوق تخصصی) شایع است، در سطح دوم (تخصصی) غیرمتعارف، در سطح اولیه (اولین تماس) نادر و در سطح مراقبت از خود، بسیار کمیاب می‌باشد. طیفی که سلامت، عدم سلامت، بیماری، ناتوانی و مرگ را دربرمی‌گیرد، گسترده و نامشخص بوده و تعاریف مربوط به آن دشوار است.

از آنجایی که مرگ حتمی است، اهداف مراقبت بهداشتی خوب عبارتند از: تلاش برای جلوگیری از «مرگ‌های قابل پیشگیری» و بهبود «کیفیت زندگی» به وسیله‌ی شناسایی علل و گروه‌های در خطر. عوامل سلامت کم و بیماری، فراوان می‌باشد:

- زیست‌شناختی
- ارثی - خانوادگی
- محیطی
- اقتصادی - اجتماعی
- روش زندگی شخصی

گرچه بهبود همه‌ی موارد فوق می‌تواند منجر به زندگی بهتر و طولانی‌تر گردد، اما روش زندگی، اهمیت بیشتری دارد، نظیر سیگار کشیدن، مشروب نوشیدن، کم‌ورزش کردن، رژیم و تغذیه، حوادث، خشونت و جنایت. به دنبال این موارد، عوامل اقتصادی - اجتماعی قرار دارند و نه امکانات بیشتر در فن‌آوری پزشکی. بانک جهانی برای تأکید بر بعد اقتصادی - اجتماعی، «زندگی‌های از دست رفته» را در هزار نفر جمعیت کشورهای دارای سطح درآمد پایین، متوسط و بالا با ۵-۱۰ سطح تفاوت نشان می‌دهد (جدول ۸-۱)

سطوح درآمد	زندگی‌های از دست رفته در (۱۰۰۰ نفر) جمعیت
اقتصادهای سطح پایین	۵۰-۱۰۰
اقتصادهای متوسط	
پایین	۳۰-۵۰
بالا	۱۵-۳۰
اقتصادهای سطح بالا	۱۰
بریتانیای متحد	۱۲
سوئد	۱۲
ایالات متحده	۱۱
ژاپن	۹

جدول ۸-۱ زندگی‌های از دست رفته در (۱۰۰۰) نفر در ارتباط با سطح اقتصاد (بانک جهانی ۱۹۹۳)

مراقبت بهداشتی، مشکلات و دشواری‌ها:

هم‌اکنون، مراقبت بهداشتی و دسترسی به تسهیلات و خدمات مطلوب به عنوان یک «حق بشری» در نظر گرفته می‌شود. این موضوع قابل احترام می‌باشد، اما اجرای آن، مشکلات و دشواری‌های زیادی را ایجاد نموده است. هزینه‌های آرایه‌ی مراقبت بهداشتی در همه‌ی نقاط به دلایل زیر روبه افزایش است.

- توقعات کاری (حرفه‌ای) و عمومی بالاتر
 - امکان انتقاد و شکایت بیشتر
 - پیشرفت‌های پزشکی گران و پرهزینه
 - جمعیت مسن‌تر که محتاج مراقبت طولانی‌تر و بیشتر هستند
- در زمینه‌ی عدالت در مراقبت بهداشتی، مسائل غیرقابل حلی وجود دارد، هنگامی که:
- خواسته‌ها همیشه بیشتر از نیازها و نیازها همیشه بیش از منابع در دسترس باشند.

منابع نیازها-خواسته‌ها

خواسته‌ها: عبارتند از آنچه مردم و گروه‌های حرفه‌ای تقاضا و انتظار دارند و طلب می‌کنند. خواسته‌ها نامحدود و نامتناهی می‌باشند.

نیازها: توسط آرایه‌دهندگان، خریداران (خدمت) و سیاست‌مداران تعیین می‌گردد و باید انعطاف‌پذیر باشد.

منابع: عبارت از آنچه در دسترس است. از آنجایی که منابع، همیشه برای ارضای همه‌ی خواسته‌ها و نیازها، ناکافی است، باید برای تعیین اولویت‌ها و سهمیه‌بندی آنها تصمیم‌گیری نمود. اما مشکل این است که چه کسی باید تصمیم بگیرد و

چگونه.

مشکل دیگری که همه درباره‌ی آن هم‌فکرند این است که حتی اکنون با همه‌ی پیشرفت‌های پزشکی نوین، هنوز هم فقط می‌توانیم:

گاهی درمان کنیم،
غالباً کمک کنیم،
همیشه دلداری دهیم،
امیدوارانه پیشگیری را انجام دهیم!

یعنی چالشی که در مقابل همه‌ی ما به‌عنوان دست‌اندرکار ارایه و استفاده از تسهیلات بهداشتی قرار دارد این است که در جهت ترکیب:

علم ممکن بودن
با
هنر ناممکن بودن

تلاش کنیم.
نکته‌ها:

بیماری و مرگ اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین هدف مراقبت بهداشتی باید تلاش در جهت به تعویق انداختن مرگ و حفظ زندگی با کیفیت مطلوب - خوب، از طریق پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت باشد.

حقیقت مراقبت پزشکی هنوز این است که ما می‌توانیم «فقط گاهی درمان کنیم، اغلب کمک کنیم، همیشه تسلی دهیم و امیدوارانه پیشگیری را انجام دهیم». نابرابری مراقبت بهداشتی با خواسته‌ها و نیازها، که بیش از منابع در دسترس هستند، به این معنی است که اولویت‌ها و سهمیه‌بندی در همه‌ی

سیستم‌ها غیر قابل اجتناب است.

استفاده‌ی کارا از منابع، یک اولویت است که توسط نقش کلیدی مراقبت اولیه، همسو کردن منابع با نیازها برپایه‌ی جغرافیایی، هدف‌گیری مراقبت موثر و حفظ مراقبت از خود، پشتیبانی می‌شود.

در رویارویی با چالش‌ها و انجام وظایف همه مسئولند و نه فقط گروه پزشکی. مردم باید وظیفه‌ی مراقبت از خود و حفظ سلامت را بپذیرند، سیاستمداران باید دخالت را قبول کنند و ارایه‌دهندگان و خریداران (مصرف‌کنندگان) علاوه بر کارایی و صرفه‌جویی باید به عدالت دست یابند. گروه‌های حرفه‌ای باید به مراقبت فردی اولویت بالایی دهند و نیز برخی محدودیت‌ها در زمینه‌ی آزادی بالینی^۱، و اهمیت مراقبت و درمان‌های اثربخش را بپذیرند.

فقط از طریق ارتباط‌های خوب، احترام و درک متقابل، رهبری هشیار و توجه به مراقبت از انسان در یک جامعه‌ی دلسوز، می‌توان به تعادل منطقی دست یافت.

Reference:

- orton, peter and John Fry, U.K health care: the Facts, Chapter one, Kluwer Academic publishers, london, 1995